

Art: 4500

An neue leben Lebensversicherung AG

Sachsenstr. 8 20097 Hamburg

Versicherungsnummer:	
	-

Erklärung zum widerruflichen Bezugsrecht

Diese Erklärung gilt nicht für Verträge der betrieblichen Altersversorgung, Riesterrenten und Basisrenten (Rüruprenten)

Versicherungsnummer						
	Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen.					
Versicherungsnehmer (VN)						
w m Name	U Vomame					
Straße Haus-Nr. L.,	J PLZ L Ort					
Geburtsdatum Linguis Andrew Nationalität Linderkennz.	GebName FamStand FamStand					
TelNr.	L E-Mail					
Empfänger der Versicherungsleistung soll sein:						
Im Erlebensfall (bitte nur eine Position ankreuzen)						
ich als der Versicherungsnehmer						
oder						
die folgende namentlich benannte Person (wenn mehrere Personen genannt werden, gilt: zu gleichen Teilen)						
w m Name	U Vorname					
Geburtsdatum L L Jahr						
w m Name	U Vomame					
Geburtsdatum L						
w m Name	U Vomame					
Geburtsdatum						

Unsere aktuellen Datenschutzhinweise finden Sie unter: www.neue-leben.de/datenschutz

Art: 4500

lm T	Im Todesfall (bitte nur eine Position ankreuzen)					
	ich als der Versicherungsnehmer (soweit ich nicht die versicherte Person bin)					
	oder					
	in nachstehender Rangfolge Rangfolge bedeutet: Nur die zuerst benannte Person erhält die gesamte Leistung. Falls diese Person verstirbt, ist die jeweils nachfolgende Person begünstigt.					
	 Der Ehepartner, mit dem die versicherte Person zum Zeitpunkt ihres Todes in gültiger Ehe verheiratet ist bzw. der Lebenspartner, mit dem die versicherte Person Zeitpunkt ihres Todes in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft lebt, leibliche, eheliche und ihnen gesetzlich gleichgestellte Kinder der versicherten Person zu gleichen Teilen, die Eltern der versicherten Person zu gleichen Teilen, die Erben der versicherten Person 					
oder						
	die folgende namentlich benannte Person (wenn mehrere Personen genannt werden, gilt: zu gleichen Teilen)					
	oder					
	abweichend hiervon in Rangfolge Rangfolge bedeutet: Nur die zuerst benannte Person erhält die gesamte Leistung. Falls diese Person verstirbt, ist die jeweils nachfolgende Person begünstigt.					
1	\square w \square m	Name		Vorname		
	Geburtsdatum	LI Tag				
2	\square w \square m	Name		Vorname		
	Geburtsdatum	Tag Monat Jahr				
3	\square w \square m	Name		Vorname		
	Geburtsdatum	Tag Monat Jahr				
4	w m	Name		Vorname		
	Geburtsdatum	Tag Monat Jahr				
Sollte das gewünschte Bezugsrecht hier nicht aufgeführt sein, teilen Sie uns dies bitte separat in Text- oder Schriftform mit.						
			Unterschrift Versicherungsnehmer bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter			
				Unterschrift Versicherte Person sofern vom VN abweichend; bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter		
Ort/E	Oatum			Unterschrift Mitversicherte Person falls vorhanden und vom VN abweichend; bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter		